

L'A

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :

is et Départements. 7 fr.
 anger. 10 fr.
 s abonnements partent du commencement
 de chaque mois.

ADMINISTRATION :

GORGES Carré, Éditeur
 3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE

F. BRUN

Professeur agrégé,
 Chirurgien de l'hôp. des Enfants.

L. LANDOUZY

Professeur de thérapeutique,
 Médecin de l'hôpital Laennec,
 Membre de l'Acad. de médecine.

H. ROGER

Professeur agrégé,
 Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers

E. BONNAIRE

Professeur agrégé,
 Accoucheur des hôpitaux.

M. LETULLE

Professeur agrégé,
 Médecin de l'hôpital Saint-Antoine

L. OLIVIER

Docteur ès sciences.

DE LAVARENNE

Médecin des Eaux de Luchon.

M. LERMOYER

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tout ce qui concerne la Rédaction
 doit être adressé à

M. LE D^r DE LAVARENNE

SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont
 reçues les lundi et vendredi

De 4 à 6 heures

3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

EURÉSIE MÉDIASTINE A PNEUMOCOQUE,
 par M. DIEULAFOY. 281

ORTHOPÉDIE PRATIQUE

itement du pied bot congénital chez le nou-
 veau-né et les jeunes enfants, par M. P. REDARD. 282

ANALYSES

atomie et Physiologie : Les fibres homolatérales
 du faisceau pyramidal, par MM. DEJERINE et THOMAS. 283
 ctériologie : Action pathogène des microorganismes
 de Friedlander et de Frankel, par M. FLEROFF. 283
 decine : Influence des maladies infectieuses aiguës
 sur la composition du sang dans la leucémie, par M. E.
 BOSSCH. — La diazoreaction d'Ehrlich dans la fièvre
 typhoïde et dans d'autres maladies : des substances qui
 provoquent, par M. K. DOIGOFF. 283
 ururgie : Péritonite post-opératoire, par M. JACOBS. 283

urologie et Psychiatrie : Sur la polymyosite aiguë;
 propos d'un cas de myosite d'origine probablement
 syphilitique, par M. J.-B. HERRICK. — Troubles psy-
 chiques et nerveux chez les pendus ramenés à la
 vie; leur valeur médico-légale, par M. E. BELLIN. —
 Note sur le ruban de Reil, par M. FLECHSIG. — Trauma-
 tisme et hématomie causes de syringomyélie, par
 J. SPILLER. 284

inologie, Otologie, Laryngologie : Un cas de
 chondroïde chez une fillette de douze ans, par M. E.
 LALIOUËNE. — De la gymnastique de la membrane du
 tympan et des osselets, par M. G. FERRERI. — Oreille
 moyenne normale et microbes, par M. LANNOS. 284

rothérapie, Ophothérapie : Procédé d'immunisa-
 tion rapide des chevaux fournissant un sérum antidiph-
 térique très actif, par M. A. PAWLOWSKY et MAKU-
 ROW. 284

lutte contre la tuberculose dans les hôpi-
 taux de Paris, par M. M. LETULLE. CCXXXVIII
 tout à l'égout et l'annulation de l'arrêté du
 préfet de police, par M. P. LANGLOIS. CCXXXIX
 correspondance de Vienne, par M. HELLER. CCXXXIX
 s Sanatoria pour phthisiques indigents à
 l'étranger, par M. PAUL BEAULAVON. CCXL

SOCIÉTÉS SAVANTES

ciété de chirurgie : Fibromes et chéloïdes de
 l'oreille. M. KERMISSON. MM. QUÉNU, BERGER, ROUTIER,
 L'EFFIER, QUÉNU, LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Pathogénie
 de l'appendicite, M. GUINARD. — Greffes de Thiersch,
 I. RECLUS. M. MICHAUX. — Gangrène de l'intestin due à
 la compression d'un fibrome de l'utérus, M. ROUTIER. CCXLII
 ciété médicale des hôpitaux : Scarlatine à re-
 chute, M. G.-H. LEMOINE. — Embolie de l'artère axillaire

INSTITUT BACTÉRIOLOGIQUE DE LA

OCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE
 Anc^t GILLIARD, P. MONNET & CARTIER, Lyon

SEULE CONCESSIONNAIRE

DES BREVETS ET DES PROCÉDÉS TRILLAT

POUR LA DÉSINFECTION A DOMICILE

R L'ALDÉHYDE FORMIQUE ET LE FORMOCHLOROL

Pour licences en France et à l'étranger

dresser à l'administration, 8, quai de Retz, Lyon

POUR LA DÉSINFECTION A PARIS ET LA RÉGION

LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DÉSINFECTION A DOMICILE

DIRECTION & BUREAUX :

21, rue Godot-de-Mauroi, Paris

IV^e ANNÉE. — N° 48, 13 JUIN 1896.

droite chez une cardiaque. Circulation rétablie par les
 collatérales, M. GALLIARD. — Applications des rayons
 Röntgen à l'étude des lésions du squelette dans le rhu-
 matisme chronique progressif, M. P.-E. LAUNOIS. M.
 GÉTINGER. — Ictères infectieux à rechute, M. DALCHÉ.
 MM. HANOT, RENDU, NETTER. — Foyer infectieux greffé
 sur un ancien foyer d'hémorragie cérébrale, M. BALLEZ. CCXLI

Société anatomique : Tuberculose intestinale, M.
 COURTILLIER. — Infarctus anciens, M. LEPAS. — Cyphose
 dorso-lombaire, M. LÉVY. — Mélanose, M. CH. LÉVY. —
 Ostéo-sarcome, M. ARDOIN. — Sarcome de la région
 deltoïdienne, M. HERBET. — Tumeur de la région rénale,
 M. JEANNE. — Typhlite, M. JEANNE. CCXLII

Société de thérapeutique : Propriétés physiologi-
 ques du panbato, M. POUCHET. MM. PATEIN, POUCHET,
 BOQUILLON, POUCHET. CCXLIII

Société de médecine légale : Un médecin étranger,
 muni d'un diplôme français, a-t-il le droit de délivrer un
 certificat médical? M. LEFUEL. — De la déclaration des
 fœtus devant les officiers de l'état civil, M. LUTAUD. —
 Un cas de mort subite pendant une tentative d'avorte-
 ment par injection intra-utérine au septième mois de la
 grossesse, M. MOTET. — Application des rayons à la
 médecine légale, M. BORDAS. CCXLIV

Sociétés étrangères : XXV^e Congrès de la Société
 allemande de chirurgie, tenu, à Berlin, du 25 au 30 Mai
 1896 (suite et fin). CCXLV

HOPITAUX

Concours des Hôpitaux (2^e Chirurgie). — Ont
 obtenu :

Séance du 10 Juin.	
M.	M.
Cazin. 24	Villemin. 28

Séance du 12 Juin.	
MM.	M.
Thierry. 27	Regnaud. 25
Rieffel. 28	

Concours des Hôpitaux (2^e Médecine). — Ont
 obtenu :

Séance du 11 Juin.	
MM.	MM.
Achalme. 16	Macaigue. 18
Sottas. 16	Renault. 19
Leredde. 17	

NOUVELLES

Société de chirurgie. — Election d'un membre
 titulaire. Ont obtenu : M. Hennequin, 24 voix, élu;
 M. Verchère, 3 voix; M. Lejars, 2 voix; M. Hartmann,
 1 voix.

Ordre du jour de la séance du 17 Juin : 1^o Fin de la dis-
 cussion sur la cholédochotomie, M. Ricard; 2^o Rapport :

VICHY-CÉLESTINS

DRAGEES FERRUGINEUSES DE F. GILLE
 Contre la Chlorose, l'Anémie, le Lymphatisme, etc.

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.

Boldo-Verne contre maladies du foie, dyspepsies.
 l'atonie, fièvres intermittentes, cachexies paludéennes,

LA RÉVEILLE Véritable eau de régime des
 faibles et des convalescents.

HAMAMELINE-ROYA : Tonique vasculaire.

fracture oblique du tibia, consolidation vicieuse; ostéoto-
 mie; extension continue, par M. Hartmann; rapport par
 M. Kirmisson; 3^o Communications: traitement du cancer
 du rectum par M. Chaput. Myxome des deux ovaires par
 M. Potherat.

LA LUTTE

CONTRE LA TUBERCULOSE

DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Après une période d'hésitation silencieuse, que
 beaucoup d'esprits ardents considéraient comme un
 aveu d'impuissance, l'administration de l'Assistance
 publique de Paris vient de s'attaquer au problème
 redoutable de la tuberculose et des tuberculeux dans
 les hôpitaux.

Sollicitée, en effet, par les retentissantes commu-
 nications de MM. Debove, Terrier et Jaccoud à
 l'Académie de médecine, et bientôt par le rapport
 de MM. Bompard et Clairin au Conseil municipal,
 l'administration a nommé une commission spéciale,
 qu'elle a chargée « d'étudier et de déterminer les
 mesures propres à empêcher la contagion de la tu-
 berculeuse dans les hôpitaux ».

Cette commission, animée des intentions les plus
 larges et armée des pouvoirs les plus étendus, fonc-
 tionne depuis le 2 Mai dernier. Dès la première
 séance, un double courant d'opinions s'est fait jour,
 à propos duquel l'avis unanime des membres a
 démontré non seulement la maturité, mais aussi l'ur-
 gence des deux principaux problèmes proposés à
 leurs méditations.

La première question, celle de l'isolement des
 tuberculeux hospitalisés, n'est pas discutable, et a
 été acceptée d'emblée. Seuls, les voies et moyens
 demandent une étude détaillée.

La seconde question, celle de la protection du
 personnel hospitalier contre la contagion de la tu-
 berculeuse, a paru non moins urgente, non moins
 précise et également importante. Toute l'hygiène
 du personnel demandera, par conséquent, à être
 étudiée et généreusement améliorée.

Deux sous-commissions ont, dès lors, été iusti-
 tuées : la première, ayant pour but l'étude des
 moyens de désinfection et d'isolement applicables à
 la tuberculose hospitalière; l'autre sous-commission
 devra rechercher plus particulièrement les conditions
 générales d'hygiène, d'habitat, de morbidité, de mor-
 talité du personnel supérieur et subalterne des hô-

Phospho-Glyco-
 Glycérophosphate
 de fer et Manganèse

FER CHEYNET

POUGUES S^t-LÉGER Souverain antidote
 des maladies de l'estomac.

SPARADRAPS ANTISEPTIQUES DEBUCHY

ELIXIR IODO-TANNIQUE NALINE

BORICINE MEISSONNIER Antis-psie des muqueuses.

pitau; elle s'occupera, par là même, des moyens propres à perfectionner l'organisation de ce personnel.

Telle est, dans ses grandes lignes, l'œuvre confiée à la Commission de la tuberculose hospitalière. On voit déjà combien sont vastes, complexes et difficiles, les problèmes dont la solution est attendue par le monde médical.

Les difficultés d'ordre purement scientifique se compliquent, dès le début, de difficultés administratives innombrables, parmi lesquelles la pénurie d'argent est, sans contredit, la plus grave, sinon la moins négligeable. A ce dernier point de vue, l'entrée en campagne a été marquée par une bonne nouvelle apportée à la Commission par M. le directeur Peyron : c'est l'annonce d'un don de 2.000.000 voté par le Conseil municipal, pour la construction, hors Paris, d'un « hospice de 400 lits destinés aux phthisiques incurables. »

Malheureusement, l'hospice en question, qui menace, comme l'a fait remarquer l'un des membres de la commission, de rappeler par certains côtés les léproseries du moyen âge, n'existe que dans les limbes; on le cherche, et pendant ce temps 1.200 tuberculeux consomment, chaque jour, dans nos services, 1.200 journées d'hôpital, à raison de 3 fr. 70 en moyenne.

En outre, la statistique officielle de l'Assistance publique signale 5 à 6.000 tuberculeux malades secourus par les Bureaux de bienfaisance. La source des indigents tuberculeux tombant de jour en jour à la charge de l'administration est intarissable; elle grossit même chaque année davantage, au point que, bon an mal an, dans n'importe quelle saison, le tiers des lits en médecine, est occupé, dans nos hôpitaux parisiens, par des tuberculeux invalides, absolument incapables de gagner leur vie en travaillant.

Il y a donc fort à faire, et, circonstance aggravante, il faut agir vite. Cette situation alarmante a frappé tout d'abord la Commission. Elle s'est demandée, en présence d'une telle détresse, quels étaient les moyens d'action dont elle disposait. Pour le moment, et en attendant de nouvelles ressources, l'Assistance n'offre à la ligue contre la tuberculose que les trois moyens suivants :

1° L'achèvement du sanatorium d'Angicourt (Oise); lorsque les constructions seront complètement terminées, Paris disposera de 224 lits environ pour le traitement de ses *tuberculeux curables*; chaque lit reviendra, à peu près, à 8.000 francs.

2° L'hospice des phthisiques incurables, 400 lits, dont l'emplacement est encore à chercher.

3° L'organisation, dans Paris même, de services de tuberculeux. Là, seront établis, dans les meilleures conditions possibles d'isolement et de soins thérapeutiques, les tuberculeux recueillis par les consultations hospitalières.

A tout bien considérer, les 600 premiers lits, si coûteux (puisqu'ils représenteront plus de 3 millions), sont d'une urgence singulièrement moindre, malgré leur incontestable utilité, que l'hospitalisation générale de la masse flottante des tuberculeux parisiens.

D'autre part, la protection du personnel hospitalier, sa sélection et son recrutement, ses gages, son logement, sont des questions d'une importance au moins égale.

C'est à ce double travail que se sont attelées les deux sous-commissions. Nous espérons pouvoir bientôt donner au lecteur connaissance de leurs prochaines conclusions.

M. LETULLE.

LE TOUT A L'ÉGOUT

ET L'ANNULATION DE L'ARRÊTÉ DU PRÉFET DE POLICE

L'annulation de l'arrêté du Préfet de la Seine concernant le tout à l'égout, prononcé par le Conseil d'Etat, le 1^{er} Mai dernier, présente, au point de vue de l'hygiène urbaine, un intérêt général, dont l'importance ne saurait échapper à quiconque s'occupe de ces graves questions.

Ce jugement était d'ailleurs attendu par tous ceux qui connaissent l'esprit de notre législation, et il fallait ou une certaine dose d'ignorance ou plutôt une forte confiance dans la docilité des citoyens français pour prendre un arrêté de ce genre. Les conseillers juridiques de M. le Préfet de la Seine, accoutumés à la mansuétude toute particulière des

habitants de Paris vis-à-vis de l'administration, ont oublié qu'il s'agissait ici d'une grosse question financière, que les propriétaires, grandement menacés, songeraient à évoquer le respect de la loi, et l'administration songeait si peu à cette résistance inattendue, que partout elle invitait, par des procédés souvent comminatoires, les propriétaires à se mettre en règle avec les exigences du Préfet de la Seine.

Le résultat du jugement du Conseil d'Etat était fatalement prévu; il suffit, pour se rendre compte de la jurisprudence constante, de lire un excellent petit traité de M. A.-J. Martin¹, aujourd'hui inspecteur de l'assainissement de Paris, et qui connaît trop bien ses règlements, lois et décrets pour avoir jamais pu se faire illusion sur la légalité de l'arrêté du Préfet. A la page 45 de ce volume, nous trouvons, en effet, ces lignes : Les restrictions apportées par la jurisprudence aux pouvoirs du Maire (en l'espèce le Préfet de la Seine), en matière de salubrité, sont encore accrues par l'obligation, qu'elle le place constamment, de ne pouvoir prescrire un moyen exclusivement obligatoire de faire disparaître la cause d'insalubrité (*Cass.*, 27 juin 1879). La jurisprudence est, en effet, très riche d'arrêts qui confirment cette restriction.

Et l'auteur cite quelques arrêts rendus par la Cour suprême : Le Maire n'a pas le droit de déterminer la nature des travaux à effectuer pour combler une mare (*Cass.*, 16 mars 1867), ni le droit d'indiquer la nature et l'importance des travaux à effectuer pour faire cesser les causes d'insalubrité d'une écurie; enfin, absolument conforme au dernier jugement, la Cour déclare que le maire ne peut préciser un moyen exclusivement obligatoire de faire disparaître les causes d'insalubrité lorsqu'il existe d'autres moyens (*Cass.*, 25 juillet 1885).

Or, l'arrêté incriminé du préfet de la Seine en date du 8 Août 1894, pris pour assurer l'exécution de la loi de l'assainissement de Paris du 10 Juillet 1894, avait le tort d'exiger des propriétaires, contrairement à l'esprit de la loi, une série de mesures onéreuses et nettement déterminées contre lesquelles ils ont énergiquement protesté.

L'article 3 dudit arrêté contenait, entre autres, ce passage : Les systèmes d'appareils et leurs dispositions générales seront soumis au Conseil municipal avant que leur emploi par les propriétaires soit autorisé. La seule lecture de cet article en montre le danger. C'est la main-mise par l'administration sur toute l'organisation sanitaire d'une maison et, disons-le brutalement, c'est la suspicion introduite contre l'administration de l'assainissement, les fournisseurs évincés n'hésitant pas à accuser les commissions de réception de favoriser telle ou telle invention du procédé dont l'auteur est *persona grata*.

Le jugement du Conseil d'Etat relève encore plusieurs griefs dans l'arrêté du préfet de la Seine. Le Préfet-Maire n'a pas le droit de fixer le nombre des cabinets d'aisances par immeuble, ni d'imposer l'usage des eaux de la Ville avec abonnement obligatoire.

De sorte que cet arrêté qui, sur un grand nombre de points, a reçu l'approbation du Conseil d'Etat, a dû, cependant, être annulé dans son ensemble et, aujourd'hui, tout est remis en question.

Nous pourrions ajouter encore que l'administration parisienne doit se trouver très heureuse du retard apporté, par l'annulation dudit arrêté, à l'exécution générale des travaux du tout à l'égout. L'article 10 mettait, en effet, les propriétaires en demeure d'exécuter les travaux nécessaires, dans un délai de trois ans, à partir de la promulgation de l'arrêté, c'est-à-dire le 8 août 1897. Or, et nous avons déjà insisté sur ce point dans un article antérieur, le service d'eau de Paris, ne peut et ne pourra pas, en 1897, fournir auxdits propriétaires la quantité d'eau nécessaire aux appareils de chasse. L'eau sous pression, nécessaire pour assurer le service des cinquièmes étages dans les quartiers élevés, est empruntée aux réservoirs d'eau de source; on se rappelle l'émotion causée, l'année dernière, par la suppression temporaire de l'eau potable; or, ce ne sont pas les 51.000 mètres cubes du Lunain et du Loing, qui suffiront à couvrir le déficit causé par les appareils de chasse et par le système du tout à l'égout.

En réalité, et on ne saurait trop le répéter, les

défenseurs intransigeants du tout à l'égout menacent, par leur radicalisme féroce, de compromettre un système excellent en soi, mais qui ne saurait s'imposer brutalement et sans ménagement. Il y a quelques jours encore, à propos d'une discussion sur les cabinets d'aisances dans les usines, nous avons assisté, à la Société de médecine publique, à une discussion fort instructive. La Société des industriels de France, très préoccupée de questions d'hygiène industrielle, mais composée d'hommes essentiellement pratiques, avait signé et encouragé (sans donner de prix cependant) des appareils à la terre ou à la tourbe, qui réalisaient un progrès réel sur les tinettes actuellement existantes. D'où levée de boucliers des partisans du *Tout à l'égout* quand même, déclarant qu'on ne pouvait préconiser d'autres systèmes, que lui seul devait constituer *la règle*, suivant l'expression même de Trélat; alors même que cette règle générale, ainsi que le faisait remarquer le président de l'Association industrielle, resterait forcément inapplicable dans 97 pour 100 des cas.

Certes, nous sommes les premiers à réclamer l'application des mesures hygiéniques, et, dans ce cas particulier, nous reconnaissons qu'un appareil de chasse permettant l'obturation hydraulique et l'éloignement immédiat des matières usées est le meilleur de tous les systèmes. Mais il faut songer que ces appareils sont coûteux, qu'ils exigent de grandes masses d'eau et surtout des champs d'épandage difficiles et onéreux à établir. La science de l'hygiène n'a pas dit sur cette question son dernier mot, et, en voulant imposer à toute une population une réglementation stricte, rigoureuse, amenant de gros froissements d'intérêts, on soulève une vive opposition, une résistance considérable quelquefois victorieuse. L'aventure de l'arrêté du Préfet de la Seine en est un exemple.

P. LANGLOIS.

CORRESPONDANCE DE VIENNE

Vienne, le 8 Juin 1896.

Bien que l'anquilostomiase soit une affection assez rarement observée dans nos contrées et qu'elle sévisse surtout dans certains centres miniers de la Hongrie, de la Belgique et de la Westphalie, il nous a paru intéressant de rapporter l'observation que l'on va lire, d'autant plus qu'elle concerne un mineur de Brennborg, ville de la Hongrie, où la présence de cette maladie n'avait encore été signalée chez aucun des nombreux ouvriers qui travaillent dans cette région.

Le cas dont nous allons parler a été communiqué par M. Stein au *Club Médical de Vienne*. Il est relatif à un mineur âgé de trente-deux ans et issu d'une famille indenne de toute tare pathologique. Depuis trois ans, ce ouvrier travaillait dans les mines de Brennborg, et il affirme avoir toujours joui d'une excellente santé. Il y a six mois environ, la maladie dont il souffre actuellement s'était annoncée par un sentiment de malaise et de lassitude indéfinissables; bientôt, il se déclara un point de côté gauche avec irradiations douloureuses dans la cuisse correspondante et dans les régions scapulaires; ces phénomènes douloureux étaient accompagnés de dyspnée et de palpitations. Mais ces troubles étaient intermittents; ils ne se manifestaient ordinairement qu'à l'occasion d'un travail exagéré, persistaient pendant quelque temps puis se dissipaient sans laisser de traces; dans l'intervalle de ces atteintes, le malade se sentait bien portant. Comme autres symptômes, il faut mentionner de l'anorexie, des alternatives de diarrhée et de constipation, quelques coliques et du mélasma.

Devant la persistance de ces troubles, cet homme alla demander une consultation à l'hôpital voisin. On lui prescrivit un traitement qui resta complètement inefficace : le malade finit par y renoncer.

Chose curieuse, plusieurs de ses camarades étaient atteints des mêmes symptômes que lui, mais cette coïncidence avait échappé, jusque-là, à la perspicacité de tous les médecins.

Las de souffrir sans trouver de remède et très inquiet de la pâleur croissante de ses téguments, le malade se décida à solliciter son admission dans la clinique de M. Schrötter.

Examen à l'entrée : la taille est petite, l'embonpoint médiocre, le système musculaire peu développé; la peau de toute la surface du corps offre une teinte pâle tout à fait frappante; les muqueuses sont décolorées; pas de fièvre, ni d'ictère, ni d'infiltration œdémateuse au niveau des membres. Les pupilles réagissent normalement sous l'influence de la lumière et de l'accommodation; les ganglions du cou ne sont pas hypertrophiés. Du côté des poumons, la percussion et l'auscultation ne révèlent rien d'anormal; de même, l'examen du cœur ne dénote l'existence d'aucune lésion; la pointe bat dans le 5^e espace, un peu en dehors de la ligne mamelonnaire; le choc précordial est énergique et donne lieu à une ondu-

1. A.-J. MARTIN. — Des épidémies et des maladies transmissibles dans leurs rapports avec les lois et les règlements.

tion assez étendue. Quant à la matité cardiaque, elle commence au niveau de la pointe et se prolonge jusqu'au bord gauche du sternum; dans le sens vertical, le se manifeste en haut, vers le bord supérieur de la côte.

En auscultant au niveau de la pointe, on constate le premier bruit manque de netteté; on croirait entendre une sorte de râclément; au niveau de l'orifice de l'artère pulmonaire, le deuxième bruit retentit un peu plus énergiquement qu'à l'état normal. L'exploration des autres orifices ne révèle rien de pathologique. La paroi abdominale est souple à la palpation; le foie ne paraît pas augmenté de volume; quant à la rate, on ne la sent nulle part; du côté des organes génito-urinaires, rien à signaler; les urines ont une coloration un peu claire, et une réaction acide; la quantité sécrétée dans les vingt-quatre heures atteint 1,400 grammes; sa densité est de 1,016; pas d'éléments anormaux.

L'examen du sang dénote une diminution considérable du taux de l'hémoglobine (40, à l'hématimètre de Weischel); le chiffre des hématies atteint 5,700,000. En présence des résultats de l'examen dont nous venons de parler, et vu l'absence de tout signe pathologique capable de mettre sur la voie d'un diagnostic quelconque, il était assez naturel de penser à la possibilité d'une ankylostomose. On eut alors l'idée d'examiner les déjections du malade, dans l'espoir d'y découvrir le parasite soupçonné ou ses œufs.

Pendant les six premiers jours, les recherches furent vaines.

On eut enfin recours au traitement; on commença par administrer quelques laxatifs légers; on prescrivit ensuite de l'extrait de fougère mâle. Le malade eut aussitôt une série de selles abondantes dans lesquelles on découvrit, d'abord les œufs, puis, au bout de neuf jours, le parasite lui-même.

Cette observation démontre amplement toute l'importance qu'il y a à attirer l'attention des praticiens sur les faits de ce genre; cela nous paraît être d'autant plus utile que l'ankylostomose est une affection qui ne se trahit guère par des signes capables de mettre en veille le clinicien; c'est donc en tenant compte des erreurs jusqu'ici commises qu'on pourra avoir la chance de n'y plus retomber.

Quant aux lésions de chloro-anémie profonde révélées par l'examen du sang, M. Stein n'hésite pas à les attribuer à l'action d'une toxine.

Je crois devoir encore rapporter une autre observation d'un intérêt plus général, recueillie dans le service de M. Blacicek; elle est relative à un fait d'hystérie ayant volé sous le masque de la tétanie; ce cas, si curieux, a également fait l'objet d'une communication au *Club médical de Vienne*.

Il s'agit d'un jeune garçon de quatorze ans qui, cinq semaines auparavant, et étant en classe, avait été brusquement atteint, dans la main droite, d'une crampe douloureuse pendant laquelle les doigts s'étaient convulsivement fléchis dans la paume de la main; le malade montrait le poing; cette contracture douloureuse persista pendant six heures. Le lendemain, elle reparut de nouveau; trois jours après le début de ces accidents, les crampes s'étaient localisées dans les deux mains.

Depuis cette époque, il ne se passe pour ainsi dire pas de jour sans qu'il se manifeste une crise analogue, et même, depuis trois semaines, ces crampes douloureuses se sont installées dans les deux membres inférieurs. Le malade aurait même eu, au cours de ces accidents, une véritable syncope.

En examinant ce sujet, on constate l'existence de convulsions toniques symétriquement localisées dans les deux mains; des deux côtés, le pouce est fléchi et recouvert par les autres doigts; les poignets se trouvent dans l'extension, tandis que le coude est dans une flexion modérée. Du côté des membres inférieurs, les orteils sont fortement fléchis et le pied dans l'extension forcée.

Dans l'intervalle des accès, il suffit d'exercer une pression au niveau du pli du coude ou dans le creux poplité pour provoquer aussitôt l'apparition de ces contractures douloureuses; celles-ci se manifestent alors avec la rapidité de l'éclair et occupent toujours les deux côtés, même si la compression n'a été exercée que d'un seul.

Il est bon d'insister sur ce fait, que l'attitude de la main n'avait rien de commun avec celle qu'on observe au cours de la tétanie, et qu'il était aisé de supprimer instantanément la contracture en dégageant le pouce ou en redressant le gros orteil.

Quant à l'excitabilité mécanique des nerfs, elle n'était nullement exagérée, pas même celle du facial (signe de Chvostek-Schultze); on pouvait en dire autant de l'excitabilité galvanique et faradique; autant de témoignages en faveur de la tétanie; cependant, et en dépit de l'absence de troubles du côté de la sensibilité, le diagnostic d'hystérie s'imposait grâce à l'existence d'un rétrécissement très net du champ visuel et à celle de certains troubles psychiques présentés par le malade.

En somme, dans le cas actuel, la solution du problème diagnostique est surtout intéressante au point de vue du pronostic et du traitement; en effet, les moyens thérapeutiques dont nous disposons ne sont peut-être pas dépourvus d'efficacité, quand il s'agit d'abréger la durée

de la tétanie; mais il n'en est pas moins certain que nous pouvons compter sur une guérison plus rapide et, dans la plupart des cas, plus complète de l'hystérie, en ayant recours au traitement médicamenteux et à la suggestion.

Dr HELLER.

Assistant du professeur Schrötter.

LES SANATORIA

POUR PHTHISQUES INDIGENTS A L'ÉTRANGER

Par PAUL BEAULAVON

Nous ne voulons nous occuper dans cette étude que des sanatoria proprement dits, c'est-à-dire des hôpitaux dans lesquels les phthisiques sont soignés par la cure à l'air libre et la suralimentation, suivant la méthode de Brehmer et de Dettweiler. Nous ne parlerons donc pas des hôpitaux d'isolement, tels qu'ils existent en grand nombre en Angleterre pour recueillir les phthisiques, les drainer des hôpitaux généraux et diminuer ainsi les dangers de contagion pour les autres malades. Les sanatoria pour indigents, ainsi compris, sont peu nombreux; en Europe, nous trouverons les sanatoria de Falkenstein et de Brème et The Ventnor Hospital; en Amérique, The Adirondack Cottage Sanitarium. Ce sont là les seuls établissements fonctionnant actuellement depuis plusieurs années; nous verrons leur organisation, leurs résultats et les conditions pécuniaires du traitement dans chacun d'eux.

C'est à Dettweiler que l'Allemagne est redevable de son premier sanatorium. Il fut fondé par la Société francfortoise des établissements pour les convalescents.

L'établissement est installé en ce moment à Falkenstein-im-Taunus à dix minutes du grand sanatorium pour les malades riches. C'est une maison de trois étages, à peu près carrée, située sur le versant S. E. de la chaîne du Taunus, au bord de la route peu fréquentée qui conduit de Falkenstein à Königstein. Elle est protégée contre les vents de l'ouest, du nord et du nord-est par la chaîne boisée du Taunus et regarde librement vers le sud et le sud-est dans la vallée du Mein. Le sous-sol schisteux sur lequel repose la maison est parfaitement sec.

L'établissement contient seize chambres et vingt-six lits, une grande salle à manger avec balcon couvert, un office, une salle de consultation, une chambre et un cabinet pour la sœur, des chambres pour le personnel et une salle pour les provisions. Le rez-de-chaussée comprend la cuisine, la salle à manger, les salles de bains et de douches et un petit jardin d'hiver qui conduit à un hall de repos couvert, bâti dans le jardin. Ce hall en bois, surélevé au-dessus du jardin qui se trouve en ce point en contre-bas de la route et du rez-de-chaussée de la maison, s'ouvre directement vers le sud. Il s'adosse au bâtiment et, à son extrémité, se recourbe à angle droit pour être complètement à l'abri des vents de l'est. Dans ce hall, on trouve, pour chaque malade, une chaise longue recouverte de coussins de cuir, des tables et des chaises.

Les chambres contiennent de un à deux lits, une table de toilette, une table de nuit, des porte-manteaux, des chaises, une table. Les parquets sont enduits d'une couche épaisse de peinture à l'huile sur laquelle on peut facilement laver; la salle à manger seule est recouverte de linoléum; les murs sont unis et peints à l'huile. Les installations d'eau et de vidange ne sont pas parfaites et la désinfection se fait dans le grand établissement, mais ce petit sanatorium n'était que provisoire et va être remplacé par un autre plus grand, situé à Ruppertsheim. Le chauffage se fait par des poêles, la ventilation par les fenêtres.

Le personnel se compose d'une sœur qui vit toute la journée avec les malades et mange avec eux, d'une cuisinière, de deux femmes de chambre et d'un domestique qui est chargé en même temps de donner aux malades leurs frictions le matin. En outre, les malades les plus valides aident au service.

Le personnel médical est constitué par un médecin résident, le Dr Nahm, et par les médecins du grand sanatorium qui font de deux à trois visites par jour. Le téléphone relie les deux sanatoria de façon à permettre la présence rapide d'un médecin en cas de nécessité.

Le traitement consiste en la cure d'air et la suralimentation. La cure d'air se fait dans le hall couvert où les malades restent de huit heures du matin à dix heures du soir. Entre temps, ils font des pro-

menades prescrites par le médecin, soit dans le petit jardin attenant à l'établissement, soit plutôt dans la colline boisée qui s'élève derrière le sanatorium, séparée de celui-ci seulement par la route.

Les repas ont été établis de la façon suivante. Le matin, à 7 h. 1/2, café au lait avec pain et beurre, un verre de lait; à 10 heures, un verre de lait, pain et beurre; à midi, soupe, viande et légumes, 1/2 bouteille de bière ou un à deux verres de vin; à 4 heures café, pain et beurre; à 7 heures, soupe, viandes froides, salade ou fromage avec beurre ou quelques autres mets analogues, 1/2 bouteille de bière ou thé.

Bien entendu, qu'à côté de ce régime existent des diètes spéciales instituées par le médecin; en outre, les malades qui ont des sueurs nocturnes abondantes prennent, avant de se coucher, un verre de lait avec quelques cuillerées de café de cognac.

Les malades, pendant la journée, s'occupent à des travaux de jardinage, confectionnement de petits objets de vannerie, font de la sculpture sur bois, etc. Ils vaquent aussi quand ils sont assez forts, aux soins du ménage, permettant ainsi de n'employer qu'un personnel très restreint.

Cet établissement était trop petit et ne recevait que des hommes; la persévérance du Dr Dettweiler a permis de construire un nouveau sanatorium à Ruppertsheim, orienté et protégé contre les vents dans des conditions à peu près analogues au précédent. Il est constitué par un bâtiment principal et deux ailes pouvant contenir en tout soixante-quinze malades. Les chambres sont à trois ou cinq lits et dix d'entre elles sont à un seul lit. Toutes ces chambres sont au sud; la partie nord est occupée par un couloir. Il y a, en outre, un calorifère à vapeur, des salles de bains, de douches, des communs, une vacherie, et deux halls de repos ouverts vers le sud, communiquant directement avec le bâtiment. Dans ce sanatorium, on recevra des malades des deux sexes.

Voilà ce qui a été fait par la ville de Francfort; depuis lors, il n'a été construit qu'un seul autre sanatorium, par la ville de Brème. Depuis longtemps, différentes villes, Brème, Hambourg, Lübeck, etc., avaient fondé une association pour soigner les phthisiques pauvres et construire un sanatorium. En attendant que les fonds nécessaires fussent réunis, les malades étaient envoyés aux bains de Rehburg ou à l'hôpital de Lippspring. Les représentants de la ville de Brème se séparèrent de la Société, espérant recevoir plus d'argent de leurs concitoyens, s'il s'agissait d'un sanatorium pour les Brémois seuls. Ils eurent raison, puisqu'au printemps de 1893 ils purent inaugurer un sanatorium de vingt-quatre lits, construit de façon à pouvoir être agrandi par l'adjonction d'ailes ou d'un étage. En 1894, les ailes étaient construites et donnaient deux nouvelles chambres pour quatre et deux lits, ce qui portait à trente le nombre des malades des deux sexes assistés. Ces malades sont soignés par le Dr Michaelis aidé d'un assistant. Le traitement est le même qu'à Falkenstein. Deux véranda couvertes et ouvertes vers le sud permettent de faire la cure à l'air libre.

Voilà tout ce qui existe comme sanatoria fonctionnant depuis quelques années en Allemagne, car nous ne pouvons compter comme tel l'hôpital de Malchow, situé dans des conditions hygiéniques mauvaises, dans les plaines d'épandage de Berlin et où les malades ne peuvent suivre le traitement hygiénique de la phthisie. Il s'agit là d'un hôpital d'isolement, mais pas d'un sanatorium. Ajoutons que depuis un an le Dr Weicker a ouvert un établissement pour les pauvres à Gierbersdorf.

Les projets pour la construction de ces sanatoria sont nombreux; beaucoup de villes s'en occupent sérieusement: Worms, dont les devis sont faits, Stettin qui voudrait en construire un pour trente malades sur les bords de la Baltique, Munich et autres. Les Drs Driver¹ et Wolff², directeur du sanatorium de Reiboldsgrün, combattent pour édifier à côté un établissement pour les pauvres.

En Autriche, le professeur Schrötter³ a constitué une société et réuni des fonds pour construire auprès de Vienne un sanatorium pour 300 phthisiques des deux sexes.

En Suisse, la question, étudiée de très près, semble devoir recevoir une excellente solution et ce petit pays possèdera bientôt un grand nombre de sanatoria. Le 4 août 1894, la ville de Berne posait à Heiligenschwendi la première pierre de la Station curative bernoise pour les tuberculeux⁴ et le

1. DRIVER. — Die Nothwendigkeit der Errichtung von zahlreichen Volkshelstättchen für Lungenkranke. *Denkschrift an S. M. König von Sachsen*.

2. WOLFF. — « Zur Errichtung von Heilstätten für unbemittelte Brustkranke. » *Münch. med. Woch.* 1892, n° 51.

3. SCHRÖTTER. — « Ueber den gegenwärtigen Stand der Frage der Errichtung eigener Heilstätten für die Tuberkulose. » *Allg. Wiener medizinischen Zeitung*, 1892.

4. Ces renseignements sont dus à l'obligeance de M. le Dr Léon-Petit que nous avons à remercier de son ama-

1. DETTWEILER. — « Mittheilungen über die erste Volkshelstätt für unbemittelte Lungenkranke in Falkenstein im Taunus. » *Deutsch. med. Wochenschrift*, 1892, n° 48.

Hess. — « Ueber die Heilstätte für unbemittelte Lungenkranke in Falkenstein im Taunus. » *Fortschritte der Krankenpflege*, 1892, n° 11 et 12.

15 août de cette année cet établissement était ouvert; dans toute la Suisse (Glaris, Bâle, Zurich, Suisse romande, Saint-Gall, les Grisons), les cantons font des souscriptions pour élever des sanatoria pour leurs phthisiques pauvres. Dans quelques années, tous ces hôpitaux seront construits.

Avec l'Angleterre, nous retrouvons un sanatorium en pleine activité, constitué non plus par un grand bâtiment, mais par une réunion de maisons où logent les malades. L'hôpital de Ventnor (The royal national Hospital for consumption and diseases of the chest on the separate principle, Ventnor, Isle of Wight) comprend maintenant 10 maisons, pouvant recevoir 134 malades; dans le plan original, on ne prévoyait que 8 maisons avec une église au centre, mais les demandes d'admissions se faisant de plus en plus nombreuses, on dut construire deux nouveaux bâtiments plus grands que les autres, pouvant contenir 18 malades au lieu de 12. Les quatre maisons orientales sont destinées aux femmes, les autres aux hommes.

Chaque malade a une grande chambre à coucher séparée, tournée vers le sud; au rez-de-chaussée de chaque maison se trouvent des salons. Devant les chambres sont des balcons où les malades peuvent se tenir. La salle à manger se trouve dans l'un des bâtiments; c'est une grande pièce qui peut, à l'occasion, servir de salle de spectacle; des souterrains relient cette salle à toutes les autres maisons. Devant les bâtiments s'étend un parc magnifique avec de grands arbres, des allées et des pelouses où les malades peuvent se promener, jouer au croquet ou se reposer, suivant les prescriptions du médecin.

Dans l'Amérique du Nord, à The Adirondack Cottage Sanitarium, nous trouvons aussi le principe des maisons séparées. Parti d'un noyau constitué par un bâtiment principal et un cottage, où six malades furent soignés la première année (1884), cet établissement a grandi rapidement. Il peut recevoir aujourd'hui 82 malades et représente un petit village formé de 17 cottages ou autres bâtiments, séparés les uns des autres par une trentaine de mètres. Chaque cottage est distribué de façon à présenter une chambre séparée par malade; le nombre de ces chambres varie de 4 à 10, et toutes s'ouvrent sur un salon dans lequel se trouve une cheminée. Les portes des chambres ne touchent ni le parquet, ni le plafond et assurent ainsi la ventilation. Le salon est muni de prises d'air extérieur. De larges verandahs protégées à l'une de leurs extrémités contre le vent dominant sont adjoindues à tous les cottages. C'est là que les malades se reposent au grand air pendant le temps où ils ne se promènent pas. Il n'y a dans les chambres ni tapis, ni rideaux; les murs et le plancher sont recouverts d'une couche de vernis facile à nettoyer.

Le bâtiment principal comprend une grande salle à manger, un parloir, une bibliothèque, la cuisine et l'office. Il y a, de plus, un large pavillon fermé par des glaces, sauf sur deux côtés, et où les malades peuvent jouer au billard par tous les temps.

Le traitement institué par le Dr Trudeau est le même qu'en Allemagne avec la modification de l'habitation dans des maisons séparées. Le Dr Trudeau, dans la lettre qu'il a bien voulu m'écrire à ce sujet, insiste sur ce point; il évite ainsi l'agglomération des malades dans un seul bâtiment et diminue les dangers de contagion. D'ailleurs, la désinfection des locaux est faite fréquemment et les malades ne doivent cracher que dans des crachoirs spéciaux. On donne chaque jour à chacun d'eux deux petits crachoirs qui sont brûlés lorsqu'ils ont servi. Aux repas, les malades ont à leur disposition un nombre illimité de serviettes en papier japonais, qui sont ensuite brûlées.

Nous venons de voir quelles étaient les installations des sanatoria, voyons les résultats obtenus par ce mode de traitement. Voici la statistique présentée à la Société francfortoise par le rapport médical, pour la période allant du 15 août 1892, date d'inauguration, au 1^{er} octobre 1893.

Sur 133 malades traités, 13 ont été aggravés; il s'agissait de cas avancés vis-à-vis desquels on ne pouvait se faire aucune illusion; 12 n'ont eu aucune amélioration, 1 est mort de phthisie aiguë, 2 ne restèrent que quelques jours à l'établissement. Les 102 qui restent furent plus ou moins améliorés et quelques-uns guéris. En tout cas, ils quittèrent l'établissement en état de reprendre leurs occupations. Dans 40 pour 100 des cas où le bacille avait été constaté à l'entrée, celui-ci disparut après une cure moyenne de 70 jours. L'augmentation de poids a été en moyenne de 7 livres. Nous trouvons donc ici 76,69 pour 100 d'améliorations. La statistique aura une tendance à s'améliorer car les malades reçus maintenant sont des cas présentant des chances de

guérison, tandis qu'au début, on reçut quelques cas désespérés. On compte aussi pouvoir arriver à prolonger la durée du traitement qui, en ce moment, ne peut excéder 12 semaines, temps maximum pendant lequel les caisses de malades de Francfort paient une indemnité à la Société, comme nous le verrons tout à l'heure.

Les résultats obtenus au sanatorium de Rehburg, d'après le rapport médical de 1894, sont analogues à ceux que nous venons de citer. On y soigna 75 tuberculeux avérés; 28 appartenaient aux premiers stades de la maladie, 22 s'en allèrent capables de travailler comme auparavant, 5 étaient améliorés, mais ne pouvaient travailler que d'une façon modérée, 1 mourut. Sur 35 malades appartenant au second stade de la phthisie, 8 s'en allèrent pouvant reprendre leurs occupations, 11 s'aggravèrent, les autres, améliorés, ne pouvaient cependant travailler comme auparavant. Douze malades seulement étaient dans les dernières périodes de la phthisie, 3 s'en allèrent pouvant un peu travailler, les autres s'aggravèrent.

Si nous réunissons les éléments de cette statistique, nous voyons que sur 75 tuberculeux soignés, 30 (40 pour 100) s'en allèrent guéris, 24 (32 pour 100) améliorés, les autres s'aggravèrent et un d'entre eux mourut. La durée du traitement fut, en moyenne, de 81 jours, l'augmentation de poids de 7 livres 24.

A cette statistique ne comprenant que des tuberculeux avérés, il manque 7 malades, issus de famille tuberculeuse, qui, se sentant affaiblis, vinrent se faire soigner, sans que la maladie pût être démontrée. Sur ces 7 malades, 3 étaient partis à la fin de 1894, ayant augmenté respectivement de 14, 17 et 26 livres, après un séjour de 53, 84 et 91 jours; ils rentrèrent chez eux complètement bien portants.

A l'hôpital de Ventnor, la statistique médicale présentée au rapport du 31 décembre 1894 donne les résultats suivants. Il y eut en traitement 793 malades, dont 661 avaient fini leur cure au 31 décembre. Sur ces malades, 409 furent renvoyés guéris en apparence, 208 très améliorés, 225 améliorés, 54 *in statu quo*, 31 aggravés et 24 morts. Soit donc, en résumé, 81,8 pour 100 d'améliorations (16,4 pour 100 de guérisons), 9,7 pour 100 *in statu quo*, 8,5 pour 100 d'aggravations ou morts. Le poids gagné, en moyenne, a été de 7 livres, pour un séjour moyen de 66 jours.

Voici les résultats obtenus à The Adirondack Cottage. Comme les malades peuvent y faire des séjours prolongés, le Dr Trudeau met à part 13 malades qui sont restés en traitement 3 mois ou moins de 3 mois. Sur ces 13 malades, 2 virent leurs lésions s'arrêter, 3 furent améliorés, 7 n'obtinrent aucun résultat, 1 mourut. La statistique importante porte sur les 60 autres malades qui restèrent au sanatorium entre 3 et 38 mois (11 mois 29 jours en moyenne). Sur ces 60 cas, 12 (20 pour 100) sont renvoyés guéris, 20 (33 pour 100) ont leurs lésions silencieuses, 17 (28,3 pour 100) restent dans le *statu quo*, 7 (11,6 pour 100) sont aggravés et 4 (6,6 pour 100) meurent. Les moyennes des dix années montrent qu'il y a environ 20 à 25 pour 100 de cures et 20 à 30 pour 100 d'arrêts dans l'évolution de la maladie.

Les statistiques des sanatoria sont donc excellentes. On pourra objecter que les malades renvoyés guéris n'ont pas été suivis la plupart du temps et qu'on ne peut savoir la durée de la guérison. Sur ce point, nous avons un renseignement précieux dans une statistique de Dettweiler¹ qui nous indique que les malades guéris par ce traitement jouissent pendant de longues années d'une bonne santé, peuvent vivre dans leur milieu et se livrer à leurs occupations habituelles. Ce que Dettweiler a établi pour les malades riches doit être vrai pour les pauvres, puisque les statistiques que nous venons de citer sont semblables à celles des sanatoria pour malades aisés.

Les résultats obtenus semblent donc donner raison aux sacrifices d'argent qui sont faits de tous côtés. Ces sacrifices, d'ailleurs, ne sont pas aussi considérables qu'on le pourrait croire au premier abord. A ce point de vue, la manière dont se sont montés les sanatoria de Falkenstein et de Brême est très instructive, parce qu'on a commencé avec fort peu de ressources.

A Falkenstein, les premières sommes furent fournies par des collectes et par la ville de Francfort. Les frais d'installation et de location se montèrent à 12.500 francs et les frais d'exploitation furent évalués à 7.000 francs. Ces frais sont couverts par des souscriptions, par la ville de Francfort, par les caisses de malades et quelques hôpitaux. Comme nous le disions plus haut, les lits sont réservés aux membres des caisses de malades. Les phthisiques sont examinés et désignés d'abord par les médecins de ces caisses qui ont soin, autant que possible, de ne choisir que les malades paraissant devoir tirer un bénéfice de leur séjour à l'établissement.

Les malades sont ensuite revus par le médecin de la Société qui décide de leur admission en dernier ressort. Les malades sont alors reçus pour trois semaines; sur l'avis des médecins de l'établissement, ce séjour peut être prolongé pendant encore trois périodes semblables, ce qui porte à douze semaines le séjour total auquel le malade peut arriver. Pendant ce temps, les caisses paient 2 fr. 5 par jour, le surplus de l'entretien est fourni par la Société. Ce surplus est de 60 centimes environ.

A Brême, l'argent nécessaire à la fondation du sanatorium fut trouvé par des collectes. Les frais d'entretien sont payés en partie par les malades ou leurs bienfaiteurs, en partie par les Sociétés de secours, par différentes caisses de malades et la Société hanséatique d'assurance pour l'invalidité et la vieillesse, de Lübeck. Les lits sont d'abord réservés aux habitants de Brême, les autres malades ne sont acceptés qu'autant qu'il y a de la place. Les frais se montent à 2 fr. 71 par jour, mais les habitants de Brême ne paient que 4 fr. 875 (4 marc 50) tandis que les étrangers donnent 3 fr. 125. Le déficit est supporté par la Société.

L'hôpital de Ventnor n'est arrivé, lui aussi, à son complet développement que peu à peu; ce sont de généreux donateurs qui ont fourni l'argent nécessaire à la construction des différentes villas qui constituent l'hôpital. Mais l'entretien de l'hôpital dépasse les limites des intérêts des capitaux souscrits et les malades sont obligés de payer pendant leur séjour. A Ventnor, les frais d'entretien dépassent chaque année 275.000 francs. Les souscriptions publiques ne rapportent guère que 52.500 francs par an, qui, joints aux intérêts et aux dons extraordinaires n'arrivent point à compléter la somme des dépenses. Aussi les malades doivent-ils payer 12 fr. 50 par semaine. Certains d'entre eux sont cependant traités gratis, grâce à un legs destiné à l'entretien de quelques lits. Pour être admis, les malades ont dû présenter une lettre de recommandation d'un des bienfaiteurs de l'hôpital et un certificat médical. Ils sont alors inscrits, puis appelés à leur tour, suivant les places disponibles. C'est le médecin qui règle la longueur du séjour suivant l'état des malades.

The Adirondack Cottage sanitarium est, lui aussi, soutenu par la charité privée. Il y a quatre ans l'actif tout entier s'élevait à environ 30.000 francs. Il n'y avait aucun fonds pour assurer son avenir et il attendait tout de la bienfaisance. Ses fondateurs n'eurent pas de déception; aujourd'hui, l'établissement représente une valeur de 375.000 francs, il a pu chaque année augmenter ses dépenses et, peu à peu, a accumulé un fonds de 125.000 francs et 55.000 francs pour l'entretien de lits gratuits. Malgré cela, ce sanatorium dépend toujours de la permanence des souscriptions volontaires. Chaque malade coûte environ 35 francs par semaine; comme il ne paie que 25 francs, la différence doit être trouvée par des souscriptions annuelles. Aussitôt que cette différence pourra être couverte par l'intérêt des fonds recueillis, le sanatorium aura son existence assurée. Le Dr Trudeau n'a jamais reçu d'aide de l'Etat, malgré l'offre qu'on lui en a faite.

Tous les malades dans les premières périodes de la phthisie, ou présentant des chances de guérison, sont reçus dans ce sanatorium à la condition que leur état de fortune ne leur permette pas de payer plus qu'il n'est perçu par la Société.

Voilà donc ce que la charité privée, associée en Allemagne à des Sociétés de secours, a pu faire pour les phthisiques indigents. Les chiffres qui précèdent montrent que les frais d'entretien d'un sanatorium ne sont pas très élevés. Il serait par conséquent facile de fonder un grand nombre d'établissements semblables aux environs des grandes villes, pour les débarrasser des phthisiques qui s'y trouvent dans de très mauvaises conditions hygiéniques. Même si quelques sacrifices d'argent sont nécessaires au début, il ne faut pas trop reculer; la société a su faire élever partout des asiles pour les fous, la plupart du temps incurables, elle ne peut faire moins pour les phthisiques, malades curables, et susceptibles de pouvoir travailler par la suite. La société gagnerait à guérir ces malades avant qu'ils soient tombés complètement à sa charge, pendant les dernières périodes de leur maladie. Ce raisonnement se comprend facilement, si facilement que la Société hanséatique d'assurance contre l'invalidité et la vieillesse, l'a fait. Elle s'occupe de l'installation d'un sanatorium pour ses membres. Elle part de ce principe que si, sur 500 personnes soignées, 140 étaient assez bien rétablies pour n'avoir plus besoin de la rente d'invalidité pendant un an, elle pourrait, avec l'aide des caisses de malades, disposer des 3 fr. 15, nécessaires à l'entretien quotidien de ses hospitalisés, et garder ceux-ci pendant une durée de 2 à 3 mois. En France, c'est l'Assistance publique qui paie la rente d'invalidité, en recueillant les malades dans ses

bilité. — Voir pour plus de détails son livre, *Le Phthisique et son traitement hygiénique*.

1. DETTWEILER. — Bericht über 72 seit drei bis neuen Jahren völlig geheilte Fälle von Lungenschwindsucht. Frankfurt Johannes Alt. 1886.

1. LEYDEN. — « Ueber die Versorgung tuberkulöser Kranken seitens grosser Städte. » *Berliner klinische Wochenschrift*, 24 septembre 1894.

hôpitaux; les mêmes calculs peuvent lui être appliqués, démontrant la nécessité de créer de nombreux sanatoria. Une autre conclusion s'impose du même coup, c'est qu'il faut tendre à recevoir surtout des phtisiques appartenant aux premières périodes de la maladie, afin de rendre ensuite à la société des travailleurs pouvant se suffire à eux-mêmes.

Au point de vue économique, nous devons aussi considérer que les malades pourraient n'être pas entièrement à la charge de l'Assistance publique. Beaucoup d'entre eux sont assez forts pour travailler un peu. Beaucoup de travaux de découpage, cartonnerie, sculpture et gravure sur bois, cordonnerie, etc., peuvent être fort bien exécutés dehors pendant la plus grande partie de l'année. Seuls, les mois les plus froids, en glissant les doigts, interdisent tout travail sur la chaise longue. Mais, à côté de ces ouvrages faciles, peu fatigants, que tous ou presque tous les malades peuvent exécuter, il en est d'autres que les plus forts pourraient entreprendre, comme les travaux de jardinage. Ces derniers surtout, par la vie active en plein air qu'ils procurent, peuvent être de la plus grande utilité pour la guérison et l'endurcissement des malades. Ils présenteraient aussi l'avantage de mettre un nouveau métier entre les mains de ceux qui les auraient entrepris au sanatorium. Peut-être décideraient-ils des ouvriers des villes à aller, après leur rétablissement, habiter la campagne. Ils auraient appris à y gagner leur vie, tout en étant dans des conditions hygiéniques bien meilleures.

Cette idée a déjà été mise à exécution par le Dr Wolff, de Reiboldsgrün, directeur d'un sanatorium pour riches. Le professeur Penzoldt, d'Erlangen, lui envoya quelques malades de sa polyclinique; ces malades étaient soignés gratuitement, à la condition qu'ils exécuteraient des travaux faciles en plein air, tels que l'enlèvement de la neige ou le jardinage. Ces malades qui, à la ville, avaient des occupations sédentaires, se rétablirent extraordinairement vite dans ce nouveau genre de vie; ils gagnèrent du poids et s'en allèrent guéris en apparence.

Le Dr Wolff considère que des terrains cultivables devraient être adjoints aux sanatoria, pour permettre le travail des malades: les produits de cette culture appartiendraient au sanatorium. Voici comme il réglerait cette partie du traitement: « Le malade, après un examen approfondi, serait laissé au repos complet pendant huit jours, pour lui permettre de s'acclimater; puis, il travaillerait deux heures par jour, en deux fois, sous la surveillance du médecin; puis, de semaine en semaine, d'après ses progrès, les heures de travail augmenteraient jusqu'à atteindre six heures par jour, comme travail maximum, temps assez court pour que le malade puisse se reposer et faire la cure proprement dite. »

Après avoir insisté sur le côté économique de la question, nous n'ajouterons que quelques mots pour montrer que ces établissements peuvent encore jouer le rôle d'éducateurs pour les phtisiques. Chacun sait combien peu les phtisiques pauvres se préoccupent de la contagion de leur maladie; ils crachent partout, sur les trottoirs, les chaussées, les parquets, dans leurs mouchoirs, dans des crachoirs pleins de sciure de bois. Dans tous ces cas, les produits de l'expectoration se dessèchent et sont réduits en poussière bacillifère. Tous ces malades sont donc des sources d'infection constantes pour leur entourage. Le passage du malade dans un sanatorium a supprimé cette cause de contagion, et en même temps, il l'a instruit des dangers qu'il fait courir à ceux qui l'approchent. Au sanatorium, il a appris les moyens à mettre en œuvre pour éviter ces dangers, moyens simples et dont il répandrait la notion autour de lui. Il rapporterait du sanatorium l'usage de crachoirs garnis d'eau, l'habitude de ventiler largement les appartements, de les nettoyer avec un linge, mouillé autant que possible, de façon à enlever les poussières et non point à les changer simplement de place, ce qui arrive avec le balayage et l'époussetage. Toutes ces notions, répandues dans le public et surtout dans la classe pauvre, seraient d'un grand secours dans le combat que la société soutient contre la tuberculose et contribueraient à diminuer le nombre de ses victimes.

adhérence à la peau ni au cartilage, mais qui s'était développée à la suite d'une plaie occasionnée par une chute. L'examen histologique montra qu'il s'agissait de tissu fibromateux pur. Il existe un certain nombre de faits analogues et l'on peut dire qu'il y a véritablement des fibromes de l'oreille dont la cause première est d'ailleurs sans doute une chéloïde. Mais, à côté de ces faits de fibromes se rangent les cicatrices chéloïdiennes à proprement parler, dont l'aspect est tout différent. Faut-il dire qu'il s'agit de chéloïdes, dans l'une et l'autre classe de faits, ou bien doit-on admettre les fibromes d'une part et les chéloïdes d'autre part? C'est une question de doctrine. Au point de vue pathogénique, ce qu'il importe de savoir, c'est que fibrome et chéloïde typique sont toujours de même origine.

M. Quénu. La discussion soulevée à propos des fibromes de l'oreille porte sur trois points: 1° la nature des fibromes de l'oreille et leurs rapports avec les chéloïdes; 2° la nature des chéloïdes en général; 3° le traitement qu'il convient d'appliquer à ces néoformations.

Les deux premiers points sont connexes. La nature des chéloïdes est nettement fibreuse, et l'opinion de Bazin, qui divisait les chéloïdes en strumeuses et arthritiques, est insoutenable aujourd'hui. Quant à la différence qui existe entre la vraie et la fausse chéloïde, elle est nulle au point de vue de la structure. Relativement à la pièce envoyée par M. Audain, M. Picqué nous dit que c'est un fibrome sous-cutané parce que M. Pilliet a trouvé que la tumeur était de nature fibreuse. C'est une raison insuffisante, les chéloïdes ayant elles-mêmes la structure d'un fibrome. La structure histologique ne suffit pas à classer les tumeurs, il faut aussi tenir compte de leur évolution; ceci est si vrai que, en s'en tenant au point de vue histologique seul, Cornil et Ranvier, Malassez ont pu considérer comme des sarcomes certaines chéloïdes. La structure histologique est donc insuffisante pour fixer la nature d'une tumeur; il faut tenir compte de l'évolution de la néoformation, de sa réaction sous l'influence d'une irritation thérapeutique. Or, s'il s'agit d'un vrai sarcome, on ne le verra pas se réduire ou disparaître comme une chéloïde sous l'influence d'une irritation mécanique ou chimique, mais, au contraire, continuer à progresser.

Au point de vue de la structure histologique des chéloïdes, je voudrais insister en passant sur le développement vasculaire qu'elles peuvent présenter, fait noté par Duhring, Cornil et Ranvier.

La thérapeutique des tumeurs chéloïdiennes est loin d'être fixée. En 1873, Richet, dont j'étais l'interne, professait que l'extirpation était décourageante, à propos d'une malade qu'il avait déjà opérée cinq fois sans résultat. Pour ma part, j'ai également recouru à l'ablation des chéloïdes. D'ailleurs ces chéloïdes ne sont pas des néoplasmes, mais bien des troubles trophiques dont l'intensité varie avec les races et les individus.

Lancereux avait déjà rapproché ces troubles de la sclérodémie. Chez les strumeux, la chéloïde est sans doute sous la dépendance de microbes à l'état latent qui déterminent la formation d'un tissu cicatriciel. Dans ces cas, les injections irritantes agissent souvent et on en comprend la raison. Mais, quand il s'agit de chéloïdes ne se rattachant pas à la tuberculose ou à la strume, il donne la préférence à l'électrolyse.

L'électrolyse m'a donné en effet deux bons résultats, la première fois en 1889, chez une petite fille de huit ans, la seconde l'an dernier, chez une enfant opérée sans succès par M. Jalaguier.

M. Berger. Il est impossible d'établir si les chéloïdes sont ou non toujours de nature chéloïdienne. Ce qu'il faut savoir, c'est qu'il existe deux ordres de tumeurs bénignes de l'oreille: les unes se présentent sous l'aspect de petits fibromes développés au niveau du trou de perforation du lobule, dans l'épaisseur de ce dernier, sans qu'il soit d'ailleurs possible de dire qu'il n'existait pas à ce niveau un point de chéloïde. J'en ai enlevé autrefois un de ce genre avec un lambeau de peau auquel il adhérait. D'autres sont de véritables chéloïdes, surviennent chez de jeunes sujets lymphatiques, sont légèrement douloureuses, occasionnent un peu de prurit, présentent une coloration rouge ou violacée, ne sont jamais bien circonscrites et ont une tendance à envoyer des prolongements autour d'elle.

Au point de vue histologique, les chéloïdes sont souvent formées de tissu conjonctif jeune avec éléments sarcomateux, mais il n'y a jamais d'extension aux parties profondes.

Le traitement est des plus difficiles à établir. Quand la tumeur est limitée, l'ablation large peut être suivie de succès, mais, quand elle dépasse 3 ou 4 centimètres, l'extirpation est à rejeter, et c'est alors que tout traitement est ordinairement peu fructueux. On a vanté les scarifications et l'électrolyse, mais ces deux traitements, outre qu'ils sont loin de guérir toujours, ont été parfois la cause de nouveaux accidents. Pour les appliquer, on a en effet recouru à la congélation de l'oreille soit par la glace, soit par l'éthérisation, pour éviter la douleur. Or, on a vu se développer, autour de la chéloïde traitée et du fait même de la congélation, de nouveaux points chéloïdiens secondaires. Il faudrait donc, pour éviter ces accidents fâcheux, renoncer à l'anesthésie locale, ce qui est difficile. En outre, le traitement est d'une longueur interminable et fatigue malade et chirurgien. Aussi, pour ma part, je m'en tiens aux émollients et à

l'expectation, et, pour les chéloïdes très volumineuses, je prescris simplement l'application de cataplasmes de fécule bouillie.

M. Routier. Au point de vue clinique, les chéloïdes de l'oreille diffèrent de celles du sternum et du cou; à l'oreille, elles constituent, en effet, très souvent des fibromes. Il y a onze ans, j'ai extirpé à une jeune fille de dix-huit ans, de chaque côté, une tumeur fibreuse, dont le point de départ était la cicatrice produite au niveau du trou pratiqué pour le port de la boucle d'oreille; cette tumeur, d'aspect fibromateux, dédoublait l'épaisseur du lobule. Dans un autre cas, j'ai enlevé une chéloïde énorme.

Pour ma part, je ne vois pas la distinction qu'il y a à faire entre la chéloïde et le fibrome de l'oreille.

M. Tuffier. L'intervention ne m'a jamais donné de succès dans les chéloïdes du sternum. Seule, la compression m'a fourni un bon résultat dans deux cas. Je crois que l'électrolyse est un procédé bien long à employer.

M. Quénu. Je tiens à répéter que l'électrolyse peut donner d'excellents résultats. Une de mes malades, guérie par ce procédé, avait déjà été opérée en vain par M. Jalaguier, et la chéloïde était très étendue. La difficulté du traitement est très exagérée: il suffit, en effet, de pratiquer une séance toutes les trois ou quatre semaines, et la douleur est supprimée par une injection préalable de cocaïne.

Pour les chéloïdes du sternum, j'ai eu, dans deux cas, un résultat encourageant, mais je dois reconnaître que je n'ai pas guéri complètement mes malades, parce que je les ai perdus de vue.

M. Lucas-Championnière. Le traitement des chéloïdes est des plus complexes; la compression, les scarifications, l'électrolyse, l'excision, tout a été essayé, avec succès dans certains cas, avec succès complet dans d'autres. Dans un cas, M. Rendu a observé la guérison par l'administration de corps thyroïde.

Pathogénie de l'appendicite. — M. Guinard. Je viens d'opérer une femme atteinte d'appendicite herniaire, et ce cas paraît devoir éclairer la pathogénie de l'appendicite. Chez cette malade, l'appendice était hernié et étranglé en anse, l'extrémité et l'origine étant restés dans la cavité abdominale, le milieu seul ayant été étranglé dans la hernie. Grâce à l'étranglement, l'appendice avait été transformé en un point en cavité close, et, par suite, tous les phénomènes graves et infectieux de l'appendicite auraient dû se produire, si la théorie du vase clos de Talamon, ou de la cavité close de Dieulafoy, était juste.

Or, cette femme n'a présenté, au point de vue clinique, aucun phénomène grave, bien que l'étranglement remontât à six jours, lorsque je l'opérai. En second lieu, je n'ai trouvé, à l'opération, aucun phénomène péritonique, ni du côté du sac, ni dans la grande cavité.

Ce fait vient donc à l'encontre des idées soutenues récemment par M. Dieulafoy, qui a, d'ailleurs, interprété en sens contraire certaines des expériences physiologiques sur lesquelles il base, en partie, sa théorie de la cavité close. M. Dieulafoy prétend, en particulier, que, d'après les expériences de MM. Roger et Josué, dès que l'appendice est transformé en cavité close, les microorganismes s'exaltent de plus en plus en virulence, de manière à produire des accidents de plus en plus graves. Or, les expériences de MM. Roger et Josué prouvent, au contraire, qu'au bout de quelques jours, les microbes perdent de plus en plus de leur virulence, ce qui est donc juste le contraire.

Je ferai remarquer, enfin, que dans aucun cas, malgré la date de l'étranglement, il n'y a d'accident d'ordre infectieux. Pour ces diverses raisons, je pense que la théorie de la cavité close prête encore à discussion et n'est pas basée sur des faits cliniques ou expérimentaux bien précis.

Greffes de Thiersch. — M. Reclus présente un malade auquel il a pratiqué des greffes de Thiersch, pour recouvrir une large perte de substance, produite au front par l'ablation d'un épithélioma. Le résultat est excellent.

M. Michaux a eu recours avec succès au même procédé plusieurs fois, quand, après une ablation du sein, il ne pouvait obtenir une réunion complète. En revanche, il eut un échec dans un cas d'épithélioma de la face, dont il avait, après une ablation, cautérisé au thermocautère les parties sous-jacentes.

Gangrène de l'intestin due à la compression d'un fibrome de l'utérus. — M. Routier présente un segment intestinal sur lequel se voit une perforation qui aurait été causée par la compression d'un fibrome de l'utérus.

F. JAVLE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

10 Juin 1896.

Fibromes et chéloïdes de l'oreille. — M. Kirmisson. En 1883, j'ai opéré un jeune garçon de seize ans, qui portait, à la partie postérieure du pavillon de l'oreille, une petite tumeur fibreuse, sous-cutanée, sans

1. PENZOLDT. — « Behandlung der Lungentuberkulose ». *Handbuch der speziellen Therapie innerer Krankheiten*.
2. WOLFF. — Loc. cit.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

12 Juin 1896.

Scarlatine à rechute. — M. G.-H. Lemoine. A propos de la communication de M. Comby, sur la scarlatine à rechute, je veux insister sur le fait que les érythèmes scarlatiformes d'origine streptococcique présentent presque toujours quelques anomalies, soit dans leur forme, dans leur mode d'évolution, soit dans les symptômes concomitants qui permettent, jusqu'à un

certain point, d'écarter le diagnostic de scarlatine. On ne peut guère interpréter que comme des rechutes, ces réapparitions d'érythème scarlatiniforme, avec fièvre, angine, exanthème buccal, survenant dans le cours de la scarlatine. J'ai pu observer 2 cas semblables, survenus en 1895, sur 200 scarlatineux.

Je tiens à rapporter, en outre, une observation d'érythème scarlatiniforme survenu chez un coxalgique suppuré, dans laquelle l'éruption épargna complètement le cou, la face et les extrémités; il n'y eut pas d'angine. Ce cas fut interprété comme une infection d'origine streptococcique.

Embolie de l'artère axillaire droite chez une cardiaque. Circulation rétablie par les collatérales. — M. Galliard. La malade que je présente est une femme de quarante-trois ans, atteinte de rétrécissement initial, sans rhumatisme antécédent. Elle a eu deux accès d'asystolie. Au début du troisième accès, le 17 Avril, elle éprouva subitement une douleur atroce au bras droit; le membre fut engourdi et refroidi, et, dès le lendemain, on constata la cyanose de la main droite.

Elle entra dans mon service le 18. Je constatai la suppression du pouls dans les artères axillaire, humérale, cubitale, radiale à droite, je vis la cyanose et l'algidité envahir la moitié inférieure de l'avant-bras (20 Avril), puis gagner le coude (21 Avril). A partir du 25, je n'eus plus à redouter la gangrène du membre; l'asphyxie disparut d'abord à l'avant-bras, puis à la main. Le 29, la teinte livide n'existait plus, et les douleurs de la main, très vives au début, s'atténuaient.

Traitement : inhalations d'oxygène; digitale contre l'asystolie; injections de morphine; fluimant chloroformé; régime lacté. Actuellement, on trouve des battements très faibles dans l'artère humérale, rien dans les autres artères qui doivent cependant recevoir un peu de sang, puisque l'aspect du membre est à peu près normal. On note des signes de névrite périphérique, troubles trophiques, portant sur la peau et les articulations (poignet et doigts), douleurs; œdème léger.

Application des rayons de Röntgen à l'étude des lésions du squelette dans le rhumatisme chronique progressif. — P. E. Launois. Je présente à la Société un malade, âgé de quarante-sept ans, atteint d'une arthropathie de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius des deux mains. Cette affection, qui a débuté il y a cinq mois, chez un individu exempt de toute manifestation rhumatismale, tuberculeuse, bien-nourragie ou syphilitique, me paraît, en raison de la bilatéralité, de l'existence d'atrophie musculaire, de rétractions tendineuses, de troubles trophiques et vasomoteurs de la peau, devoir être rangée dans le cadre du rhumatisme chronique progressif, dont elle semble être une première étape d'évolution. L'application des rayons Röntgen, comme le montrent les photographies, m'a permis de reconnaître quelle faible part il faut faire aux modifications du squelette (os et articulations) dans le gonflement et la déformation des régions malades. De plus, en utilisant les rayons X, je poursuis des recherches sur les altérations du squelette dans le rhumatisme chronique progressif, et j'espère pouvoir bientôt publier mes nouveaux résultats.

M. Ettinger montre la photographie d'une main, dont les articulations sont atteintes de rhumatisme chronique. Dans ce cas également, le squelette est presque normal.

Ictère infectieux à rechutes. Néphrite. — M. P. Dalché. Sous le nom d'ictère infectieux à rechute, de maladie de Weil, on a décrit une affection caractérisée par de la tuméfaction du foie et de la rate, de l'ictère et de la néphrite, et présentant souvent pendant son évolution une rémission suivie d'une courte rechute. Aujourd'hui, on tend à ne plus considérer cette maladie comme spéciale ou distincte, et la grande majorité des auteurs la font rentrer dans la classe des ictères infectieux.

Je viens d'en observer un cas accompagné de deux rechutes avec cette particularité que la première des rechutes a consisté en une néphrite à l'exclusion de toute manifestation du côté du foie, tandis que la seconde a été provoquée par une nouvelle et légère poussée d'accidents hépatiques.

La première atteinte a présenté tous les symptômes que l'on retrouve dans la plupart des observations; céphalée violente, vomissements, épistaxis, douleurs myalgiques telles que la patiente était comme paralysée, puis apparition de l'ictère. Mais il est rare d'assister à une rechute uniquement caractérisée par une néphrite à l'exclusion de toute manifestation hépatique; la néphrite à elle seule a constitué une phase de la maladie.

Cette affection qui, après une incubation de quinze jours, frappe en même temps et coup sur coup, d'une façon si nette et intense, le foie, la rate, le rein, n'est-elle pas une affection générale d'emblée?

Rien ne permet de l'affirmer; mais il faut reconnaître qu'elle en a toutes les allures. L'ictère, signe visible, parce qu'il s'impose à l'attention, a-t-il plus d'importance que la splénomégalie ou la néphrite que nous sommes obligés de rechercher? Il faut ajouter, du reste, que notre sujet avait des habitudes d'alcoolisme qui ont certainement rendu son foie moins résistant.

Son affection peut être rapportée à une absorption d'une grande quantité d'eau de Seine; Haas (de Prague),

Pfuhl (d'Altona), attribuaient à l'influence des eaux malsaines, les cas assez nombreux qu'ils ont observés, et considéraient leurs malades comme atteints de fièvre typhoïde combinée avec un ictère gastro-duodénal.

Un dernier point mérite d'être signalé: jusqu'à la fin de la maladie, la rate est restée grosse, et cette persistance de la splénomégalie, malgré la rémission apparente des autres symptômes, a coïncidé avec l'abaissement continu du taux de l'urée au-dessous de la normale. Il me semble que ces symptômes spléniques et rénaux doivent faire douter de la guérison définitive, et présager la rechute.

M. Hanot. Je viens d'observer une malade présentant au complet le syndrome clinique décrit par Mathieu et par Weil. Il s'agit d'une femme chez qui l'affection débuta douze jours après l'ingestion d'une certaine quantité de moules; ce fait est important à noter et cadre très bien avec ce que nous connaissons de l'étiologie du syndrome de Mathieu et de Weil; dans les autres observations, en effet, on trouve comme cause une intoxication par des viandes avariées. L'évolution clinique est également identique à celle des autres cas publiés: première période fébrile d'une durée de six jours, ictère, congestion du foie et de la rate, albuminurie, puis, abaissement de la température, toutefois supérieure à 37 degrés; la rate reste grosse; enfin, nouvelle poussée; et, fait constant, cette rechute a une symptomatologie beaucoup plus accentuée que la première atteinte.

La guérison en est la règle; elle est la terminaison naturelle de tous ces cas si nets, si tranchés de maladie de Mathieu ou de Weil.

M. Rendu. L'intoxication soit par des viandes avariées, soit par des eaux malsaines me paraît, en effet, être la cause de plusieurs états pathologiques, dont les uns s'accompagnent d'ictère, et dont les autres sont constitués par des phénomènes infectieux avec congestion hépatique, mais sans ictère. Il y a entre ces différents états pathologiques de nombreuses transitions; ils relèvent tous de la même cause.

M. Netter. Les accidents causés par des eaux malsaines sont évidemment très polymorphes; mais ils présentent de nombreuses analogies, et la présence ou l'absence de l'ictère ne saurait différencier un type. Ils ne sont que la traduction d'une intoxication, le plus souvent d'origine hydrique.

Foyer infectieux greffé sur un ancien foyer d'hémorragie cérébrale. — M. Ballet. Dernièrement, j'ai fait l'autopsie d'un homme, hémiplegique depuis de longues années, et mort de bronchopneumonie. Cet homme avait une hémiplegie gauche, et de fait, nous trouvâmes, dans la capsule interne de l'hémisphère droit, un ancien foyer d'hémorragie cérébrale. L'examen histologique nous présente les particularités suivantes: au lieu de trouver ce foyer rempli de globules rouges et de cristaux d'hématidine, les coupes nous montrèrent une infiltration considérable de globules blancs dans l'intérieur de ce foyer; au pourtour, les vaisseaux étaient dilatés et entourés d'un manchon leucocytaire; donc, poussée congestive et poussée diapédétique. Ne voit-on pas là l'existence de véritables nodules infectieux? D'autant plus que, dans l'intérieur des leucocytes, se trouvent de nombreux cocci de nature indéterminée. Ce fait n'est susceptible que d'une seule explication: sous l'influence de l'infection terminale (bronchopneumonie), le foyer hémorragique ancien, lieu de moindre résistance, s'est infecté; et sa constitution histologique s'est modifiée.

La possibilité de cette infection explique, en outre, les modifications qui s'observent souvent chez les hémiplegiques pendant l'évolution d'infections quelconques.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

12 Juin 1896.

Tuberculose intestinale. — M. Courtillier rapporte l'observation d'un enfant opéré, il y a trois ans, d'une tuberculose de l'angle iléo-cæcal. On réséqua la portion malade. L'enfant conserva une petite fistule abdominale pendant huit mois. La guérison fut complète pendant plus de deux ans. A cette époque, il se forma une poche purulente et une fistule pyo-stercorale. L'enfant mourut de cachexie.

A l'autopsie, on trouva le foyer purulent de la paroi abdominale, un second foyer en arrière de l'intestin au niveau du psoas. Les sutures faites trois ans auparavant avaient parfaitement tenu.

Infarctus anciens. — M. Lefas rapporte l'observation d'une femme morte de ramollissement cérébral et ayant présenté, dans ses antécédents, des rhumatismes articulaires aigus et des crises de coliques hépatiques.

A l'autopsie, on trouva trois foyers de ramollissement cérébral. La rate pesait 130 milligrammes et était trilobée par de profonds sillons. Le rein droit présentait également de nombreux sillons segmentant l'organe. Sur la coupe, il semble que ce sont des cicatrices d'anciens infarctus.

Cyphose dorso-lombaire. — M. Lévy communique l'observation d'un enfant de six mois atteint de cyphose

dorso-lombaire. On diagnostiqua un mal de Pott. A l'autopsie, on constata l'absence de lésions tuberculeuses au niveau des vertèbres; pas d'abcès par congestion. A l'examen de la pièce, on put croire à une cyphose d'origine traumatique.

Mélanodermie. — M. Ch. Lévy rapporte l'observation d'une femme de soixante-quinze ans, atteinte de mélanodermie généralisée à toute la peau, d'origine phtyriassique. A l'autopsie, on trouva des lésions scléreuses du foie, de la rate et des reins. Le poumon était anthrassique, et, au-dessous de la plèvre, on trouva de petites saillies noires, simulant des granulations tuberculeuses, et qui ne sont que de petits nodules fibreux situés dans les lymphatiques pleuraux.

Ostéo-sarcome. — M. Ardouin montre un ostéo-sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus, survenu chez un enfant de dix ans, chez lequel on pratiqua l'amputation inter-scapulo-thoracique.

La tumeur est énorme, elle pèse 1 kilogramme et siège à l'extrémité supérieure de l'humérus. La tête humérale est évidée et n'est plus recouverte que par le cartilage articulaire qui est indemne. Au point de vue histologique, il s'agit d'un sarcome fuso-cellulaire.

Sarcome de la région deltoïdienne. — M. Herbet rapporte l'observation d'une femme présentant, au niveau du deltoïde, une petite tumeur grosse comme une noisette. Cette femme eut cinq enfants, sans que la tumeur se modifiât. A la sixième grossesse, la tumeur prit le volume d'une orange, et, pendant la lactation, elle acquit le volume d'une tête d'adulte. On extirpa la masse et l'examen histologique montra que c'était un sarcome fuso-cellulaire.

Tumeur de la région rénale. — M. Jeanne rapporte l'observation d'un individu chez lequel, huit mois auparavant, on extirpa une tumeur du testicule: c'était une maladie kystique du testicule. Il se développa ensuite une énorme tumeur de la région rénale. A la laparotomie, on trouva une tumeur de la région lombaire, englobant l'aorte, refoulant le rein et accompagnant l'uretère. Il s'agit d'un sarcome tégangiectasique.

Typhlite. — M. Jeanne communique l'observation d'un individu ayant présenté tous les symptômes d'une appendicite. On fit la laparotomie, on tomba sur de la typhlite et de la pérityphlite; au milieu du pus on trouva une épingle.

L'appendice plongé dans le foyer était gros et manifestement enflammé. M. Jeanne pense que la typhlite est primitive; elle est occasionnée par l'épingle qui serait sortie du cæcum.

L'appendicite serait secondaire, et d'origine péritonéale, consécutive à la pérityphlite.

R. MARIE.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

10 Juin 1896

Propriétés physiologiques du panbotano. — M. Pouchet fait part, à la Société, du résultat de ses premières recherches sur les propriétés du panbotano, plante mexicaine dont on a vanté l'action spécifique contre les fièvres paludéennes.

L'analyse immédiate, effectuée sur 2 kg. 500 de racine pulvérisée de panbotano, a permis de reconnaître la présence des substances suivantes:

- 1° Une quantité appréciable de saponine;
- 2° Un alcaloïde, actuellement indéterminé, dont on préparé un chlorhydrate qui se présente sous la forme d'un sel cristallisé, soluble dans l'eau, précipitant par les réactifs généraux des alcaloïdes, et présentant une action sur le cœur de la grenouille, mais dont l'étude n'a pas pu être poursuivie suffisamment en raison de sa faible proportion;
- 3° Une substance résineuse, dépourvue d'activité au point de vue de son action physiologique;

Cette étude chimique est encore incomplète et demande à être reprise sur une plus grande quantité de substance; elle permet néanmoins d'interpréter, dans une certaine mesure, l'action physiologique du panbotano.

Outre son action sur le cœur et sur la circulation, le résinate alcalin est doué de propriétés irritantes: 20 centigrammes de cette substance en solution dans 1 gramme d'eau et injectés sous la peau d'un cobaye, sont capables de provoquer la formation d'un abcès circonscrit. Si l'on pratique, à un cobaye, une injection intra-péritonéale de 50 centigrammes de ce résinate dissout dans 5 grammes d'eau, la mort s'ensuit après quatre heures, au milieu des symptômes graves suivants: hypothermie (39°,2), abolition des réflexes, ralentissement du cœur et de la respiration, impotence fonctionnelle. L'autopsie révèle des lésions intéressantes: congestion généralisée et, par endroits, très intense de toute la partie sous-diaphragmatique du tube digestif; congestion énorme des reins; extravasations sanguines dans le péritoine; poumons et cœur asphyxiés.

Sur les grenouilles, la dose toxique varie entre 7 et 10 centigrammes. Pour une dose de 25 milligrammes, le tracé cardiaque montre d'abord une augmentation considérable de l'amplitude des contractions dont le nombre reste stationnaire pendant un temps très long, puis, le

stole se fait en deux temps, le nombre des contractions diminue légèrement, et il se manifeste une tendance à l'irrégularité; à cette dose, l'animal ne meurt pas.

Pour une dose de 5 centigrammes, la phase d'augmentation d'amplitude est presque immédiate et le nombre des contractions diminue rapidement, en même temps on remarque la production d'une pause assez centuée entre chaque contraction. Une arythmie passagère se montre très nettement deux heures après l'injection; à cette période succède un ralentissement considérable, puis le cœur revient peu à peu. Lorsque la dose est toxique, le cœur meurt en systole.

La pression artérielle, prise chez un chien dans la morale, augmente légèrement sous l'influence des doses faibles; puis, sous l'influence de doses plus considérables (5 centigrammes par kilogramme d'animal), la pression diminue régulièrement jusqu'à la mort qui survient au milieu d'accès dyspnéiques intenses, avec respiration à type de Cheyne-Stokes.

La solution de l'acaloïde possède, sur le cœur et sur la circulation, une action analogue à celle de la substance précédente.

L'action exercée sur le cœur de la grenouille par l'extrait fluide de racines de panboto reproduit exactement la somme des actions exercées par le résinate calin, l'acaloïde et la saponine.

La dose toxique pour la grenouille varie de 60 à 80 centigrammes.

Ces premiers essais tendent à démontrer l'action synergique sur le cœur et sur la circulation des trois principes immédiats actifs du panboto, et ils permettent d'établir un parallèle, qui n'est pas sans intérêt, entre l'action physiologique et celle de la quinine.

Ces expériences ne représentent qu'un commencement d'études qui s'annoncent comme devant être fort intéressantes; M. Pouchet se propose de les poursuivre, et ses résultats de ses prochaines recherches feront l'objet d'une communication ultérieure.

M. Patein demande si M. Pouchet a eu l'occasion d'étudier l'action du panboto sur les hématozoaires de l'averan.

M. Pouchet n'a pas encore eu le temps de se livrer à cette expérience, mais il se propose de la faire incessamment.

M. Bocquillon rappelle à la Société qu'un chimiste de Mexico, M. Morales, a déjà extrait des tiges de cette plante un glucoside auquel il a donné le nom de panboto. Cet auteur est muet en ce qui concerne l'existence de l'acaloïde dont vient de parler M. Pouchet. Il faudrait-il en conclure que cet acaloïde ne se rencontre pas dans les tiges du panboto?

M. Pouchet estime que si M. Morales n'a pas pu découvrir l'acaloïde, c'est qu'il aurait opéré sur des quantités de tiges insuffisantes; quant à la panbotanine, il est probable qu'elle n'est autre chose que la saponine dont il a été question plus haut.

J. BAROZZI.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE

8 Juin 1896.

Un médecin étranger, muni d'un diplôme français, a-t-il le droit de délivrer un certificat médical? — M. Lefuel donne lecture d'un rapport, dont voici la conclusion: un médecin étranger, pourvu d'un diplôme français, peut délivrer un certificat médical, mais non un rapport médico-légal; ce dernier ne doit être rédigé que par un médecin légiste français assermenté.

De la déclaration des fœtus devant les officiers de l'état civil. — M. Lutaud lit le rapport de la Commission chargée de l'étude de la déclaration des fœtus. Cette commission a adopté les propositions suivantes: 1° la déclaration pourra être faite par un membre de la famille ou par un médecin; 2° le médecin de l'état civil pourra constater le décès à la mairie; 3° l'inhumation sera faite par l'administration.

Un cas de mort subite pendant une tentative d'avortement par injection intra-utérine au septième mois de la grossesse. — M. Motet donne lecture de celle observation, adressée par M. Perrin de la Touche, professeur à l'École de médecine de Rennes. Il s'agit d'une femme enceinte de sept mois qui s'était administrée, en injection intra-utérine, une solution renfermant du sel de cuisine et du savon de Marseille. A l'autopsie: l'utérus renferme 1 litre de liquide amniotique et un fœtus âgé de sept mois; les membranes sont décollées au niveau du segment inférieur de l'organe; le péritoine est intact; les méninges n'offrent pas de lésions appréciables; le cerveau est exsangue; rien à l'estomac; le foie et les reins sont augmentés de volume et gorgés de sang; il existe un certain degré de congestion aux bases des deux poumons; le cœur est surchargé de graisse et ses cavités renferment un peu de sang.

L'auteur pense qu'il s'agit là d'une mort subite par inhibition à point de départ utérin; quant à l'état graisseux du cœur, il n'aurait fait que jouer le rôle de cause adjacente.

Application des rayons X à la médecine légale. — M. Bordas communique deux photographies de pou-

mons de fœtus: la méthode de Röntgen permet de reconnaître la présence de bulles d'air dans les poumons qui ont respiré; dans le cas contraire, l'épreuve photographique se montre complètement opaque.

J. BAROZZI.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

XXV^e CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE

Tenn, à Berlin, du 25 au 30 Mai 1896.

(Suite et Fin)

Les communications relatives aux affections chirurgicales du système osseux ne sont guère plus intéressantes que celles que nous avons déjà analysées dans notre Revue précédente.

M. Lexer a communiqué ses recherches sur l'**ostéomyélite expérimentale**. Comme on le savait depuis longtemps, et comme on l'avait montré bien avant lui, M. Lexer a trouvé, à son tour, que ce sont les staphylocoques dorés qui sont les véritables agents de l'ostéomyélite. En injectant des quantités minimes de cultures très atténuées de staphylocoque doré, il est parvenu à provoquer chez de jeunes lapins le tableau classique de l'ostéomyélite chronique du tibia avec ostéo-périostite hypertrophique, abcès dans la moelle, etc. Jamais le même résultat n'a pu être obtenu avec d'autres microorganismes pathogènes. Pour l'injection d'un bacille isolé par Schimmelbusch provoquait ordinairement une congestion intense de la moelle osseuse, et si, à ce moment, on injectait une culture de staphylocoques dorés, on obtenait une ostéomyélite typique. Dans les mêmes conditions, le staphylocoque blanc ne provoquait que des abcès dans la moelle osseuse.

Quant au streptocoque, les résultats que donnaient les inoculations étaient très inconstants et ce n'est que dans quelques cas tout à fait isolés que M. Lexer est arrivé à provoquer une ostéomyélite.

Une autre communication d'un intérêt non moins palpitant est celle de **Braatz** sur le **traitement des fractures du radius**. M. Braatz veut qu'après réduction on place une attelle amovible, mais fixant les deux faces de l'avant-bras et qu'au bout de trois semaines on commence le massage et la gymnastique.

La troisième communication que nous avons à citer est celle de **M. Braun** sur l'**incurvation du fémur**.

Il s'agit là de l'incurvation antérieure du fémur, que König a notée chez les enfants ayant subi l'arthrectomie du genou, et que M. Braun a rencontrée chez deux enfants, présentant une ankylase du genou d'origine tuberculeuse. La déformation n'a donc rien de spécifique, et d'après M. Braun elle tiendrait d'une part aux conditions statiques anormales, dues à la flexion du genou, etc., de l'autre, à une diminution de la résistance osseuse par le fait d'une production insuffisante d'os, au niveau du cartilage épiphysaire ou d'une atrophie par défaut de fonctionnement du membre.

La quatrième et dernière communication sur le système osseux, peut se résumer en deux lignes: pour **M. Riedel** de même que pour **M. Bogdanik**, l'intervention précoce vaut mieux que l'intervention tardive dans le traitement de la **nécrose phosphorée** du maxillaire inférieur.

La question du **traitement de la luxation congénitale de la hanche**, discutée à la Société de chirurgie (de Paris), il y a à peine un mois et traitée en détail dans notre journal, a été soulevée au Congrès par **M. Lorenz**. Comme nos lecteurs savent, M. Lorenz, l'apôtre du traitement sanglant, s'est converti au traitement orthopédique de la luxation congénitale de la hanche. Tandis qu'avant il opérât toujours et ne voyait de possible et de rationnel que le traitement sanglant, il trouve aujourd'hui que bon nombre de cas peuvent être guéris par le traitement orthopédique que voici: on commence par abaisser la tête du fémur à l'aide d'une forte traction, et la remise en place de la tête s'effectue par une flexion maxima, secondée par une forte abduction, la pénétration de la tête dans la cavité cotyloïde se traduisant par une secousse et un bruit très perceptible; le fémur est ensuite fixé, au moyen d'un appareil, dans une position qui empêche la récurrence de se produire. La condition essentielle du succès, c'est de faire marcher les petits malades, car c'est par la pression qu'exerce la tête du fémur que la cavité cotyloïde, d'abord trop étroite, s'élargit et s'adapte au fémur. Le traitement par les appareils plâtrés doit être continué pendant un certain nombre de mois; la position du fémur devient alors de plus en plus normale, et la tendance à la récurrence de la luxation va chaque jour en diminuant. Sur quarante-trois enfants âgés de moins de six ans, traités par ce procédé, M. Lorenz a eu autant de succès.

Le traitement préconisé par M. Lorenz est donc l'ancien traitement orthopédique, et dès lors nous n'avons pas à nous étonner des remarques faites par **MM. Hoffa, Mikulicz, Schede**, qui ont trouvé que le « nouveau » traitement de Lorenz ressemble beaucoup à celui que chacun d'eux emploie pour son propre compte. Ainsi **M. Mikulicz** a depuis longtemps recouru à l'extension permanente en abduction avec rotation en dehors; **M. Hoffa** emploie un procédé qui diffère de celui de M. Lorenz par ce fait qu'au bout de quatre semaines

on remplace l'appareil plâtré par l'appareil de Mikulicz.

Une autre communication relative à la pathologie des articulations, qui mérite d'être relevée, est celle de **M. Barhe** sur la pathogénie des **corps étrangers articulaires**. De ses recherches expérimentales, M. Barhe conclut que les corps étrangers articulaires se forment par deux processus, soit par éclatement des surfaces articulaires, sans qu'il soit nécessaire pour cela d'un traumatisme considérable, soit par arthrite déformante. Ce sont les seuls processus que M. Barhe admet. Si le corps étranger se forme par éclatement, les fragments provoquent une irritation de la synoviale avec laquelle ils finissent par se souder. Dans la suite, ils sont résorbés ou bien les adhérences s'allongent en un long pédicule par suite des mouvements de l'articulation, et il se produit alors un corps étranger articulaire. **M. Riedel** accepte bien la pathogénie par éclatement; quant au rôle de l'arthrite déformante, il voudrait lui substituer l'ostéochondrite disséquante. Du moins, il a observé un cas où cette pathogénie était indéniable. Il s'agissait d'un homme de vingt-cinq ans qui se plaignait, depuis cinq mois, de fortes douleurs dans la tête du 5^e métacarpien. Extérieurement on ne trouvait rien, mais il existait une sensibilité très grande à la pression. Comme tous les moyens employés n'arrivaient pas à calmer la douleur, on mit l'articulation à nu et on trouva sur la tête du métacarpien une fente de 5 millimètres de long, qui, progressivement, aurait amené la chute d'un fragment de l'extrémité articulaire. D'après M. Riedel, les choses se passent de cette façon dans beaucoup de cas.

Nous avons fini avec les communications systématiques et nous arrivons ainsi aux communications isolées ne comportant aucun classement. Quelques-unes d'entre elles sont assez intéressantes. Je citerai notamment la communication de **M. Lauenstein** sur la **désinfection de la peau**. M. Lauenstein a pratiqué l'examen bactériologique complet des parcelles d'épiderme chez 147 malades désinfectés en vue de l'opération. Sur ce nombre 23 avaient été lavés au bain seulement et 124 avaient subi la désinfection du champ opératoire suivant un des procédés ordinairement en usage. Or sur les 124 cas, la peau fut trouvée stérile seulement 49 fois; pourtant dans 15 cas où le champ opératoire n'était pas stérile, la peau ne s'en réunit pas moins par première intention, tandis que chez plusieurs malades chez lesquels la peau fut trouvée stérile, la réunion de la plaie par première intention fit défaut. Les résultats obtenus par M. Sæmter à la clinique de Mikulicz ont été tout autres. Ainsi, dans 25 cas où la peau a été pendant une heure d'abord lavée au savon, puis frictionnée avec de l'éther, de l'alcool, du sublimé ou à presque toujours obtenu l'asepsie parfaite de la peau, sauf 2 ou 3 cas où l'ensemencement de l'épiderme donna des cultures de microcoques non pathogènes.

Une autre communication assez intéressante est celle de **M. Angerer** sur l'**arrachement des nerfs d'après la méthode de Thiersch**. M. Angerer a fait cette opération 52 fois (en raison de la bilatéralité des phénomènes) chez 26 malades atteints de névralgie du trijumeau. L'opération qui a été faite après échec d'autres méthodes thérapeutiques a donné les résultats suivants: 17 malades ont été définitivement guéris, 2 ont été améliorés, chez 7 l'affection a récidivé. En ne tenant compte que des malades opérés depuis quatre ans, c'est-à-dire depuis un temps où il peut être question de résultats éloignés, M. Angerer compte 7 guérisons, 3 récidives et 4 interventions répétées.

M. Heflerich préfère pourtant de faire l'extraction du nerf non pas à la sortie, mais à l'entrée du canal osseux, ce qui pour lui a l'avantage d'avoir le bout central du nerf et de s'exposer ainsi moins à la récurrence. Il a employé la méthode de Thiersch dans 12 cas, et dans un cas la méthode de Krause. Dans ce cas, il y a eu hémorragie par blessure de la méninge moyenne, qui a été arrêtée assez facilement. Disons enfin que **M. Krause** qui a pratiqué 11 fois l'arrachement d'après la méthode de Thiersch a eu 10 guérisons et 1 mort; un malade est encore en traitement. Il ne croit pourtant qu'il faille débiter par cette opération après laquelle, en cas d'échec, il ne reste que la ressource de l'extirpation intracranienne; pour lui, il faut commencer par la simple résection qui réussit souvent et ne pratiquer l'arrachement qu'en cas de récurrence.

M. Schnitzler a exposé une nouvelle théorie assez ingénieuse relative à la **pathogénie de la fièvre aseptique**, qui s'observe à la suite de certains traumatismes, hernies, non infectés, accompagnés d'exsudats sanguins, d'hématomes. L'examen chimique de ces collections lui a montré la présence, dans les foyers, de nucléine et d'albumoses. Or, on sait depuis les recherches de Matthes que ces substances injectées sous la peau provoquent une élévation de la température analogue à celle à laquelle donne lieu la tuberculine. M. Schnitzler suppose donc que la fièvre aseptique est justement le résultat de la résorption de la nucléine et des albumoses au niveau même des foyers traumatiques.

R. HOMME.

L'Éditeur-Gérant: GEORGES CARRÉ.

Paris. — Imprimerie L. MARTEAUX, 1, rue Cassette.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la viande crue, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancéreux, il réussit constamment.

4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.

TUBERCULOSES
AFFECTIIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux.

LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et Antiseptique, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et Reconstituante, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

Le plus Puissant Remède contre
LES VARICES, HÉMORRHOÏDES
ACCIDENTS DE RETOUR D'ÂGE
HÉMORRHAGIES et
toutes les Maladies
du système
VEINEUX

PRIX :
3^{fr} 60

HAMAMELIDINE LOGEAI
Mode d'Emploi :
de 15 à 20 gouttes,
trois fois par jour,
à distance des repas.

ENVOI GRATUIT D'ÉCHANTILLONS
sur demande.

Dépôt : Ph^{ie} LOGEAI, 37, Avenue Marceau, Paris.

Farine lactée Nestlé

Cet aliment, dont la base est le bon lait, est le meilleur pour les enfants bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les adultes convalescents ou valétudinaires, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

A. CHRISTEN, 16, Rue du Parc-Royal, Paris, et DANS TOUTES LES PHARMACIES. Les Docteurs sont priés de vouloir bien SPECIFIER le nom NESTLÉ sur leurs ordonnances.

GLYCÉROPHOSPHATES

Phosphate vital

de JACQUEMAIRE

Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable. Indique dans : NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE, PHTISIE, ANÉMIE, Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES, etc.

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HÔPITAUX DE PARIS.
L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1^{re} Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

Phtisie, Bronchites, Catarrhes, Laryngites; Dermatoses.

SIROP CROSNIER

MINÉRAL-SULFUREUX

au MONOSULFURE de SODIUM INALTÉRABLE et GOUDRON

ADULTES : Une cuillerée à bouche matin et soir, une heure avant ou deux heures après le repas.

..... A ces divers points de vue la préparation de Crosnier vient donc combler une véritable lacune en permettant aux Praticiens de compter sur la bonne conservation d'un médicament bien dosé et facile à faire accepter par les personnes les plus délicates.

Extrait du Rapport officiel de l'Académie de Médecine de Paris (7 Août 1877).

PARIS, 22, Rue des Saints-Pères, et toutes Pharmacies.

LYSOL

ANTISEPTIQUE. — Échantillon franco à MM. les Médecins qui en font la demande.

22 et 24, PLACE VENDÔME

TUMEURS — CANCERS

TRAITEMENT PAR LE

THUYA WUHLIN

Observations cliniques par les D^{rs} Chéron, Constantin Paul, Martin-Hauzer, Baratoux, Borill, Oauquez, Rizat, Perrussel, etc. Env. grat. de la brochure. Ph. WUHLIN, 11, r. Lafayette, Paris.

EN VENTE AUX BUREAUX DE LA PRESSE MÉDICALE ET CHEZ TOUS LES LIBRAIRES

GUIDE MÉDICAL 1896

Enseignement de la médecine. — Service militaire. — Faculté de médecine de Paris. — Enseignement supérieur Musées et Bibliothèques. — Médecine militaire et navale. — Académies et Sociétés savantes. — Hôpitaux et Hospices de Paris.

Asiles de convalescence. — Asiles publics d'aliénés

Hôpitaux divers. — Ecole dentaire de Paris. — Loi sur l'exercice de la médecine

PRIX : UN franc

Comp^{ie} Française des

TISSUS ANTISEPTIQUES ET MICROBICIDES

Brevetée S. G. D. G.

Fabrication des Tissus basée sur les Théories Pastorienues.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Draperie, Tentures, Tapis, Ameublement.

HYGIÈNE PRIVÉE

Flanelle, Lingerie, Literie, Vêtements.

Hôpitaux, Casernes, Chemins de fer, Administrations, Appartements.

PRÉSERVATION DES MALADIES CONTAGIEUSES ET ÉPIDÉMIQUES

Vente en Gros : MM. J. HAYEM et C^{ie}, Paris; A. GRANDJEAN et C^{ie}, Reims; BLIN et BLIN, Elbeuf, seuls Concessionnaires.

PAS DE CONSTIPATION — PAS DE CRAMPES D'ESTOMAC

NEURASTHÉNIE

PHOSPHO-GLYCO-FER CHEYNET

ANÉMIE

GOUTTES CONCENTRÉES DE GLYCÉRO-PHOSPHATE DE FER ET DE MANGANÈSE (chimiquement pur)

Le Fer et le Manganèse en combinaison physiologique, entièrement assimilable, avec l'acide glycérophosphorique, élément constitutif de la matière nerveuse, possèdent une énergie et une rapidité d'action indispensables au traitement de l'Anémie, la Neurasthénie, et de toute Déperdition de force.

DOSE HABITUELLE : 15 à 20 gouttes à chaque repas (dans n'importe quelle boisson)

J. CHEYNET, Pharmacien de 1^{re} classe, Lauréat de l'École supérieure de Paris — LYON, 33, rue Thomassin, 33 — LYON

DRAGÉES DE DUROZIEZ

AU PROTOXALATE DE FER

Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.

3 fr. LE FLACON

Pharmacie DUROZIEZ
58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.